

フリカナ			性別	
氏名			男・女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年 月 日 (歳)	
住所	〒		電話(- -) 携帯(- -)	
通勤・通学	車・電車・自転車・徒歩(分)		学生・・・小・中・高・大・専門(学年 年生)	

1.右の絵で診察を希望される場所に○をつけてください

2.どのような症状がありますか？

痛い しびれ 動きが悪い はれ 変形 その他()

3.その症状はいつ頃からですか？

本日 昨日 月 日より 2~3日前 1週間前 その他()

4.思い当たる原因はありますか？

転んだ 落ちた ひねった ぶつけた 重いものを持った
スポーツ 仕事中 その他() 不明

5.現在のお仕事を教えてください？(職業:)

立ち仕事 座り仕事 重いものを持つ 運転 膝の屈伸が多い
階段の昇降が多い 中腰作業が多い 主婦 その他()

6.スポーツはしていますか？

はい(スポーツの種類:) いいえ
(週・月 日程度/1日あたり 時間程度)
(継続年数 年)

7.現在、治療中の病気はありますか？

はい 高血圧 高脂血症 脳梗塞 脳出血 糖尿病 いいえ
胃・十二指腸潰瘍 心臓病 腎臓病 肝炎(B・C)
気管支喘息 癌() その他()

8.現在、服用中のお薬はありますか？

※おくすり手帳をお持ちの方は、受付までご提出ください

はい(薬品名:) いいえ

9.今までに手術を受けた事はありますか？

はい(いつ頃: 年頃 又は 年前) いいえ

脳梗塞 脳出血
胃・十二指腸潰瘍 心臓病(ペースメーカー あり・なし) 腎臓病
癌(部位:) その他()

10.今までに薬や注射・点滴を打って、気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出た事はありますか？

はい わかれば具体的に症状・薬剤名を教えてください いいえ
(その時の症状:)
(薬剤名:)

11.診察を円滑に行うため、待合室で症状をお聞きする場合がありますがよろしいでしょうか？

はい いいえ(いいえの場合は診察室にて対応させていただきます)

12.女性の方へ ※現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ (妊娠 ヶ月目)

※現在、授乳中ですか？ はい・いいえ

13.本日の診察に際しご希望を伺います 原因を知りたい ・ 症状を取りたい

14.紹介者があればご記入ください ()

15.傷害保険の加入(ケガによる通院に対して) 加入してる ・ 加入していない

※ この問診票は、診療を円滑に行うために利用させていただきます 御了承ください

